

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                          |                                                          |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
|                                                                                                                                                                              |                        |                          |                                                          |                        | Versión<br>3                     |              |  |                         |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                        |                          |                                                          |                        | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |              |                                                                                     |                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                          |                                                          |                        | Código:<br>04-02-FO-0002         |              |                                                                                     |                         |
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                           |                        |                          |                                                          |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                        |                          | JHON MARROQUIN                                           |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                        |                          | C.C                                                      | X                      | C.E                              | No.          |                                                                                     | 79885224                |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                        |                          | marroquinh77@gmail.com                                   |                        |                                  | CELULAR:     |                                                                                     | 6012389683              |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                        |                          |                                                          |                        |                                  | SUBRED       |                                                                                     |                         |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                        |                          | SERVICIO DE AMBULANCIAS - TRASLADO PRIMARIO PLACA JQV121 |                        |                                  | SEDE:        |                                                                                     | SUBRED                  |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo        | %                        |                                                          |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | KE11G01-36             | 100                      |                                                          |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          | BANCO CAJA SOCIAL S.A. |                          |                                                          |                        | TIPO DE CUENTA:                  |              | AHORRO                                                                              |                         |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                        |                          | 24114457013                                              |                        |                                  |              | PENSIONADO                                                                          | NO                      |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |                        |                          |                                                          |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                        | 7772                     |                                                          |                        | VIGENCIA                         |              | 2022                                                                                |                         |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 2939                   | FECHA                    | 2023-11-29 16:47:28.000                                  |                        | NÚMERO DE CRP                    | 66402        | FECHA                                                                               | 2023-11-30 13:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                        | CONDUCTOR AMBULANCIA     |                                                          |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                        |                          | DESDE                                                    | FECHA INICIAL          |                                  | HASTA        | FECHA FINAL                                                                         |                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                          |                                                          | 2023-10-01             |                                  |              | 2023-10-31                                                                          |                         |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                        |                          |                                                          | \$2,244,486            |                                  |              |                                                                                     |                         |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                        | Asistencial              |                                                          | RESERVA DE GLOSA 0%    |                                  |              | N/A                                                                                 |                         |
| OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes. |                        |                          |                                                          |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                     |                        |                          |                                                          |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                        |                          |                                                          |                        |                                  | VALORES      |                                                                                     |                         |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                        |                          |                                                          |                        |                                  | \$35,961,833 |                                                                                     |                         |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                          |                                                          |                        |                                  | \$28,498,509 |                                                                                     |                         |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                        |                          |                                                          |                        |                                  | \$2,244,486  |                                                                                     |                         |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                          |                                                          |                        |                                  | \$0          |                                                                                     |                         |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                        |                          |                                                          |                        |                                  | \$7,463,324  |                                                                                     |                         |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                        |                          |                                                          |                        |                                  | 79%          |                                                                                     |                         |
| El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:                                                                                                                                                                                                      |                        |                          |                                                          |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
| Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.                  |                        |                          |                                                          |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
| Número de Planilla                                                                                                                                                                                                                                           | IBC DE COTIZACION      | APORTE A SALUD 12.5% IBC |                                                          | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL                        | APORTE ARL   | TOTAL APORTES                                                                       |                         |
| 70598363                                                                                                                                                                                                                                                     | \$908,526              | \$113,566                |                                                          | \$145,364              | 3                                | \$22,132     | \$281,062                                                                           |                         |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.<br><br>MARIA CLAUDIA ESPEJO SANCHEZ<br>52837358<br>Supervisor                                                                          |                        |                          |                                                          |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
| Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.                                                                                                                                         |                        |                          |                                                          |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |
| Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                        |                          |                                                          |                        |                                  |              |                                                                                     |                         |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                   | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                               | PRODUCTOS                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1) Prestar servicios como conductor de ambulancias.                                                                                                                                          | CUMPLO LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS AL MOMENTO DE LA CONTRATACION Y QUE REPOSAN EN LA PLATAFORMA DEL SECOP II EN DOCUMENTOS DEL CONTRATO                                                                     | PROTOCOLOS Y NORMAS PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO                                                                                                                                |
| 2) Reportar las novedades de las móviles relacionadas con el mantenimiento del vehículo.                                                                                                     | REALIZO A TIEMPO LOS REPORTES AL SUPERVISOR DE TURNO PARA EL MANEJO Y SEGUIMIENTO NECESARIO PARA EL MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO DE LA MOVIL EN CASO DE PRESENTARSE ALGUNA NOVEDAD CON ESTA      | GENERAR REPORTE DE MÓVIL PREOPERACIONAL O EN EL MOMENTO QUE SE PRESENTE LA NOVEDAD (COOPERAR CON EL ADMINISTRATIVO DE LA UNIDAD FUNCIONAL)                                         |
| 3) Diligenciar los registros de traslados, formatos de facturación, informes de actividades y hacer entrega de los mismos según las orientaciones del supervisor.                            | HAGO DILIGENCIAMIENTO DE CONTROL DE MÓVIL SEMANAL Y MENSUAL COMO SEA REQUERIDO                                                                                                                            | ENTREGAR FORMATOS DE CONTROL DE MÓVIL SEMANAL Y MENSUAL A LA OFICIA DE ACUERDO A FORMATO ESTABLECIDO                                                                               |
| 4) Velar por la existencia en el vehículo de insumos como combustible, oxígeno, extintor de incendios entre otros.                                                                           | HAGO DILIGENCIAMIENTO DE CONTROL DE LA MÓVIL, ENTREGAS DE TURNO, SEGUIMIENTO A SOAT, CONTROL DE GASES                                                                                                     | MÓVIL CON INVENTARIO COMPLETO EN RELACIÓN A LO QUE TIENE QUE VER CON EL CONDUCTOR                                                                                                  |
| 5) Establecer las relaciones de coordinación con los auxiliares y médicos para el manejo de pacientes y la adecuada prestación de los servicios de salud.                                    | CUMPLO Y APORTO A UN TRABAJO EN EQUIPO CON LA TRIPULACIÓN ESTABLECIDA PARA LA MÓVIL ASIGNADA AL TURNO                                                                                                     | ACTITUD DE TRABAJO EN EQUIPO (ACTAS EN CASO DE DIFICULTADES QUE SE PRESENTEN)                                                                                                      |
| 6) Cumplir las normas de tránsito y de seguridad en los vehículos y velar por el cumplimiento de las mismas por parte de los tripulantes.                                                    | CUMPLO LAS NORMAS DE TRÁNSITO, Y LAS NORMAS DE SEGURIDAD VIAL DEFINIDAS EN LA INSTITUCIÓN                                                                                                                 | REPORTES EN LA MATRIZ DE SEGURIDAD VIAL (SEGUIMIENTO A COMPARENDOS, FALLAS DE TRÁNSITO)                                                                                            |
| 7) Retroalimentar a la supervisión dificultades del proceso de atención.                                                                                                                     | NOTIFICO DIFICULTADES EN EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES                                                                                                                                                 | ACTAS, NOVEDADES EN CASO DE SER REQUERIDO                                                                                                                                          |
| 8) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.                           | VELO POR LA COMPLETITUD, POR EL CUIDADO, POR EL BUEN USO DE ELEMENTOS ENTREGADOS PARA EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES                                                                                    | CONTROL DE INSUMOS GENERADOS POR EL APOYO ADMINISTRATIVO, AUDITORIAS DE HABILITACIÓN A LA MÓVIL, NOVEDADES REPORTADAS POR EL TALLER EN RELACIÓN AL USO DE LA MOVIL                 |
| 9) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.                                                                                    | ASISTO A CAPACITACIONES, LECTURA DE DOCUMENTOS DEFINIDOS PARA APORTAR A EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES                                                                                                | ACTAS DE ASISTENCIA Y DEMAS SOPORTES QUE SE REQUIERAN PARA SOPORTAR LO DEFINIDO                                                                                                    |
| 10) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                                            | RECONOZCO Y DOY CUMPLIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO, PROTOCOLOS, PROGRAMAS, GUÍAS, MANUALES, POLÍTICAS INSTITUCIONALES                                                                          | REPORTES DE SEGURIDAD, REPORTE DE NOVEDADES, EVALUACIONES DE ADHERENCIA A PROCESOS DE MANERA ALEATORIA, APOYAR LA GESTIÓN EN CUANTO A LA OPERACIÓN DE LAS MÓVILES                  |
| 11) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.                                                 | RECONOZCO Y DOY CUMPLIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS DEL PROCESO, PROTOCOLOS, PROGRAMAS, GUÍAS, MANUALES, POLÍTICAS INSTITUCIONALES                                                                          | REGISTROS DEFINIDOS EN CADA CASO (VERIFICACIÓN DE ENTREGA DE TURNO). CONTROL DE LAVADOS DE MÓVIL, CERTIFICACIÓN POR LIDER DE MÓVI, SEGUNDA INSTANCIA POR LIDER Y APOYO DEL PROCESO |
| 12) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.                                                  | REALIZO PAGO Y ENTREGAR SOPORTES A LA OFICINA CADA MES                                                                                                                                                    | PLANILLA DE PAGO DE LOS PARAFISCALES (PILA)                                                                                                                                        |
| 13). Estar presente en el momento de entregar y recibir turno registrando las novedades correspondientes.                                                                                    | CUMPLO CON LAS HORAS DE INICIO DE TURNO CON ANTELACIÓN PARA EL CUMPLIMIENTO DEL TURNO                                                                                                                     | PROTOCOLOS Y NORMAS PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO                                                                                                                                |
| 14). Realizar los desplazamientos derivados de valoraciones y/o traslados ordenados por el médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE, en los tiempos designados. | GARANTIZO LA ATENCIÓN OPORTUNA Y EFICIENTE A LA POBLACIÓN EN SITUACIONES DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y DESASTRES, LAS CUALES ME SEAN DIRECCIONADAS POR EL CENTRO REGULADOR DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS CRUE. | PROTOCOLOS PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO                                                                                                                                         |

|                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                      |                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| 15). Mantener la ambulancia en las condiciones de aseo, funcionamiento, presentación y conservación óptimas para el traslado y/o valoración de pacientes. | REALIZO LAS ACCIONES NECESARIAS PARA EL CUIDADO DE LA MÓVIL Y SU BUENA PRESENTACION AL MOMENTO DE ATENDER UN SERVICIO COMO TAMBIEN AL MOMENTO DE FINALIZAR MI TURNO. | MANEJO, CUIDADO Y PROTECCION A LA MOVIL DADA PARA LA PRESTACION DEL TURNO |
| 28). Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional.         | ASISTO A LAS UNIDADES DE ANÁLISIS CUANDO SE REQUIERE                                                                                                                 | CUANDO SE REQUIERA                                                        |

MARIA CLAUDIA ESPEJO SANCHEZ  
52837358  
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..  
Copyright © 2021

Copia Certificada  
Subred Suroccidente